

Risque suicidaire de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte

Identification et prise en charge

1^{re} partie – Risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent

D^r Georges Picherot, D^r Laurence Dréno, D^r Lætitia Le Manach

Centre hospitalier universitaire de Nantes, clinique médicale pédiatrique et urgence pédiatrique, 44093 Nantes Cedex 01

georges.picherot@chu-nantes.fr

Objectifs

- Savoir détecter les situations à risque suicidaire chez l'enfant et chez l'adolescent.
- Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge.

Le suicide des adolescents est un enjeu de santé publique en raison de sa fréquence, de sa gravité, de la difficulté de sa prévention. Trois présentations cliniques sont décrites : idéations suicidaires, tentatives de suicides, et suicides aboutissant au décès. La détection des situations à risque et la prise en charge des tentatives de suicide sont les bases de la prévention du risque de répétition et de décès par suicide.

DÉFINITIONS

Quelques définitions sont importantes.

- ✓ **Un suicide** est une mort volontaire par désir conscient de se donner la mort.
- ✓ **Une tentative de suicide (TS)** est un acte intentionnel ayant pour but de se donner la mort sans y parvenir. Il s'agit de l'« échec » d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec.
- ✓ **Les idéations suicidaires** sont des idées suicidaires récurrentes dont la gravité est difficile à cerner, mais qui traduisent un malaise profond.
- ✓ **Une crise suicidaire** est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
- ✓ **Les équivalents suicidaires** sont des conduites à risque où la vie du sujet peut être mise en jeu sans expression d'un désir ou une volonté de se donner la mort.
- ✓ **Une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)** est une tentative de suicide par absorption de médicaments.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Il est indispensable pour évaluer le risque et adapter la prise en charge de connaître quelques notions d'épidémiologie de ce problème.

Décès par suicide

Le suicide représente chez les adolescents la 2^e cause de mortalité après les accidents de la voie publique. Le taux de suicides reste faible jusqu'à 14 ans, autour de 0,5 pour 100 000. Il s'élève brusquement dans la tranche 15-24 ans atteignant 14,5 pour 100 000 chez les garçons et 4,3 chez les filles (source INSERM). Le nombre de suicides reste inférieur à celui des tranches d'âge plus élevées, mais il reste stable ou augmente alors que le nombre de décès par autre cause a nettement diminué chez les 15-24 ans depuis 1980. Les garçons sont surreprésentés comme à toutes les tranches d'âge (tableau 1).

Les modes de suicide sont dans l'ordre de fréquence : pendaison (42,5 %), armes à feu (30,1 %), saut d'un lieu élevé (9,9 %), intoxication (7,9 %) [source INSERM].

La majorité des TS de l'adolescent ne s'accompagnent pas d'un diagnostic psychiatrique caractérisé. Une comorbidité psychiatrique, c'est-à-dire l'association à une dépression majeure,

psychose... est retrouvée dans 60 à 90 % des cas pour 10 à 30 % des tentatives de suicide. Deux fois sur trois, cette maladie psychiatrique n'avait pas été prise en charge.

Tentatives de suicide

On évalue le nombre de TS à 40 000 par an chez les moins de 24 ans. L'incidence augmente fortement à partir de 11 ans. Le rapport est de 22 TS pour 1 suicide chez le garçon et de 160 TS pour 1 suicide chez la fille. Contrairement aux suicides, les TS touchent majoritairement les filles : 75 % pour 25 % de garçons. Seule une TS sur 5 est hospitalisée.

Le mode de tentative de suicide est majoritairement médicamenteux (8/10). Les produits utilisés sont principalement des psychotropes souvent prescrits à l'adolescent lui-même dans les semaines précédant l'acte ! Le paracétamol semble être le 2^e médicament utilisé avec les risques hépatiques graves. L'intoxication est souvent polymédicamenteuse et parfois associée à d'autres substances, alcool (25 %) ou autre drogue.

Le taux de récides après tentative de suicide varie entre 10 et 40 %, surtout dans les 6 premiers mois. Le risque de décès par mort violente après tentative de suicide serait multiplié par 20 dans les 5 années qui suivent le 1^{er} geste.

Ces 2 éléments épidémiologiques justifient la prise en charge actuellement recommandée et les mesures de prévention. La tentative de suicide de l'adolescent ne doit pas être considérée comme un geste banal.

Idéation suicidaire

Elle est d'évaluation épidémiologique plus difficile. Selon Marie Choquet, dans une enquête effectuée chez les 15-19 ans, 1 garçon sur 5 et 1 fille sur 3 reconnaissent avoir eu des idées suicidaires dans l'année précédente. La liaison entre idéation suicidaire et passage à l'acte est importante.

SITUATIONS À RISQUE SUICIDAIRE

On doit évaluer le risque suicidaire chez tout adolescent consultant et tout particulièrement dans les consultations dites de « tout-venant ». Les consultations sont peu nombreuses pendant la période de l'adolescence et doivent être globales. On repère des idées suicidaires, des idées de mort ou des antécédents de TS.

Pour cela, la consultation doit comporter un entretien avec l'adolescent seul. Ces questions s'intégreront dans la même démarche que le dialogue autour du mode de vie, des consommations de produits et de la sexualité. Le clinicien s'interroge également sur les facteurs de risque personnels, familiaux et psychologiques. Cela impose de prendre du temps avec l'adolescent et éventuellement de le revoir à distance.

✓ **Plusieurs facteurs de risques familiaux** sont connus :

- situations entraînant la rupture des liens familiaux avec sur-représentation des familles dissociées, séparées ;
- deuil dans la famille (récent ou ancien) ;
- perturbations affectives relationnelles liées à la situation familiale : difficultés de communication, conflits répétés au sein de la famille, fratrie nombreuse, placement en foyer ou famille d'accueil ;
- antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels (particulièrement incestes) : retrouvé chez 30 % des filles et 8 % des garçons ayant fait une tentative de suicide ;
- antécédents psychiatriques familiaux : maladie psychiatrique d'un ou deux parents, alcoolisme, antécédents de tentatives de suicide ou de suicide dans la famille.

✓ **Les facteurs de risque individuels** ont été particulièrement étudiés par M. Choquet et S. Ledoux :

- des problèmes de santé répétés, dits flous, sont notés (fatigue, maux de ventre, cauchemars) ;
- certaines maladies somatiques semblent associées à un risque augmenté : l'asthme, le diabète, l'obésité, l'épilepsie ;

Tableau 1 Évolution des mortalité par suicide et comparaison par tranche d'âge (source INSERM et ANAES)

	TOUS ÂGES CONFONDUS	15-24 ANS	25-44 ANS	45-74 ANS	75 ANS ET PLUS
Sexe masculin					
■ 1950-51	26,6	6,5	19,4	49,7	94,5
■ 1973-75	25,0	11,5	21,8	42,0	83,5
■ 1982-84	32,6	16,1	34,6	48,1	116,7
■ 1988-90	30,2	14,5	34,6	42,2	109,4
■ 1991-93	30,0	15,4	36,7	40,8	100,2
■ 1994-96	29,2	14,5	37,1	39,7	91,1
Sexe féminin					
■ 1950-51	7,1	2,7	5,2	13,9	17,9
■ 1973-75	8,7	4,7	7,8	15,3	19,9
■ 1982-84	11,5	4,9	11,9	19,3	28,9
■ 1988-90	10,8	4,4	10,8	18,7	25,6
■ 1991-93	10,4	4,4	11,2	17,2	25,2
■ 1994-96	9,8	4,3	10,7	16,3	20,9

- des troubles du comportement avec, en particulier, des conduites violentes et à risque : fugue, accidents répétés ;
- des abus de drogues, de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes prescrits ou auto-consommés ;
- la notion d'échec ou de difficulté scolaire, redoublement banalisé, difficulté d'orientation, absentéisme, déscolarisation.

✓ **Les facteurs de risque psychologique** doivent avoir une grande place dans l'évaluation :

- antécédents de TS ;
- dépression masquée ou niée à cet âge avec troubles thymiques ou humeur dépressive : facteur majeur de risque et de récurrence ;
- troubles du comportement alimentaire ;
- trouble psychotique.

✓ **Les facteurs de risque social** sont souvent associés aux facteurs familiaux et personnels : acculturation, changement brusque de valeurs sociales, adolescent immigrant particulièrement non intégré. On pourrait y inclure un risque nouveau lié aux incitations ou aux informations « groupales » par la voie de l'Internet.

✓ **Le cumul d'événements de vie** est retrouvé comme facteur d'augmentation du risque : déménagement, départ d'un membre de la famille, de la fratrie, décès d'un proche, changement de structure scolaire, ruptures sentimentales ou avec le groupe de pairs, accumulés avec des facteurs personnels, en particulier psychologiques.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE ET DE PRÉVENTION

Prise en charge

Les principes de prise en charge et de prévention sont très liés. Les principes qui ont été adoptés font suite aux travaux de la conférence de consensus de 1999 et cherchent à prévenir la morbidité physique et psychique des tentatives de suicide et la mortalité par suicide (tableau 2).

1. Hospitalisation

Elle est indispensable. Seulement 20 % des adolescents ayant fait une TS sont hospitalisés malgré les recommandations. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer ce constat : absence de repérage de l'acte ; banalisation par l'entourage ; réticences des familles à reconnaître la crise ; réticence des médecins ; absence d'organisation des services d'accueil ; absence de place hospitalière ; absence de structures adaptées aux adolescents. La banalisation de l'acte doit être rejetée, car il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de l'acte et la situation psychologique.

L'intérêt de l'hospitalisation a été confirmé par des études prospectives et rétrospectives, portant surtout sur le risque de récurrence et l'adaptation sociale.

Les modalités d'hospitalisation sont encore hétérogènes. L'hospitalisation ne doit pas être différée par rapport à l'acte. Après le passage aux urgences, le lieu d'hospitalisation est le plus possible adapté à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent. Les unités spécifiques de soins pour adolescents sont rares en France. Le

POINTS FORTS

à retenir

- **L'évaluation du risque suicidaire doit faire partie de toute consultation d'adolescent.**
- **Les suicides sont plus fréquents chez le garçon, les tentatives de suicide plus fréquentes chez les filles.**
- **La gravité est imprévisible et les récurrences sont fréquentes.**
- **Les facteurs de risques sont familiaux, individuels, sociaux. Le cumul d'événements de vie augmente le risque de suicide.**
- **L'adolescence est une période à risque. L'attaque du corps est en étroite relation avec le travail psychique de l'adolescence.**
- **La prise en charge comporte une hospitalisation qui doit être systématique avec évaluation somatique, psychiatrique et sociale. Elle repose sur une équipe pluridisciplinaire. L'utilisation d'une chimiothérapie est rarement utile. L'organisation du suivi ultérieur est essentielle. Cette prise en charge a pour but essentiel d'éviter les récurrences.**

service d'accueil doit comporter les ressources nécessaires au bilan somatique, psychique et social. Beaucoup d'enfants et d'adolescents sont, après une tentative de suicide, hospitalisés en secteur pédiatrique où interviennent des unités de psychiatrie de liaison. La durée minimale d'hospitalisation recommandée est de 3 jours. L'hospitalisation des adolescents pour tentative de suicide va permettre les évaluations indispensables, mais elle « entérine la notion de crise », ce qui est indispensable à la prise en charge en offrant un lieu tiers en dehors de sa famille.

Tableau 2 Principes de prise en charge d'une tentative de suicide

1	→ L'hospitalisation des tentatives de suicide est indispensable : une TS de l'adolescent ne doit jamais être banalisée
2	→ Une évaluation triple somatique, psychologique et sociale commence aux urgences et elle est poursuivie en hospitalisation
3	→ La prise en charge hospitalière doit être pluridisciplinaire (ne pas rester seul...)
4	→ L'utilisation de chimiothérapie à visée psychiatrique est rarement utile
5	→ Le suivi ultérieur doit être organisé

2. Évaluation initiale

Une évaluation triple somatique, psychologique et sociale est débutée aux urgences et poursuivie en hospitalisation. Dès les urgences, l'objectif est de prendre en charge la gravité somatique immédiate et d'expliquer les raisons de l'hospitalisation. Le collectif « urgence » exerce son rôle de réparation du corps sans jugement de valeur sur le geste. L'intervention de l'équipe qui prendra en charge ultérieurement l'enfant ou l'adolescent est souhaitable. Des explications sont données aux parents.

✓ **L'évaluation somatique** permet de mesurer les conséquences physiques du geste suicidaire. Elles font l'objet d'une prise en charge : recherche et traitement d'une intoxication, surveillance en réanimation suivant l'état clinique ou le risque, etc. Pendant l'hospitalisation ultérieure, le corps n'est pas oublié. Des comorbidités physiques sont recherchées : intoxications chroniques, troubles digestifs ou respiratoires. Les évaluations du développement pubertaire, de l'état staturo-pondéral, du statut vaccinal sont indispensables. Il peut parfois être utile de proposer un test diagnostique de grossesse ou un dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Tout cela doit se faire en parfaite confidentialité avec l'adolescent. L'examen du corps permet souvent d'entamer un dialogue autour des problèmes de l'adolescent : « Le corps est le moyen d'agir et la cible des agissements ».

✓ **L'évaluation psychologique** est indispensable. Elle est effectuée par le psychiatre dès que possible, en tenant compte de l'état physique de l'adolescent. Elle doit être systématique et articulée sur la prise en charge ultérieure. L'analyse des antécédents est systématique. On recherche des facteurs de risque de récurrence à court terme (v. Facteur de risque), l'existence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente (en particulier une dépression). Il est important d'analyser et de rechercher des antécédents de traumatisme psychique ou physique : maltraitance sexuelle ou physique, traumatismes répétés, événements émotionnel...

L'utilisation de l'échelle de Beck (tableau 3) sur l'intentionnalité suicidaire est recommandée mais assez peu utilisée (conférence de consensus ANAES).

Le psychiatre doit expliquer à l'adolescent le déroulement des soins et l'objectif de l'hospitalisation.

✓ **L'évaluation sociale** est effectuée par l'équipe avec la participation de l'assistante sociale. Elle précise le contexte familial, scolaire, professionnel et éducatif. On évalue les conditions de vie de l'adolescent : vie en famille ou en collectivité, difficultés d'insertion. La crise est souvent l'occasion de révélation de difficultés familiales. Un réel travail de liaison sociale est aussi souvent nécessaire autour des adolescents en grande difficulté : recherche des prises en charge précédentes, contact avec les éducateurs...

3. Pluridisciplinarité

La prise en charge hospitalière doit être pluridisciplinaire et répondre à des règles institutionnelles de travail en équipe, de recherche de continuité des soins à adapter individuellement à chaque adolescent. L'équipe est composée au mieux d'une équipe mixte de prise en charge somatique et psychique avec un référent psychiatre.

Le soin institutionnel pendant le séjour hospitalier a été comparé à de véritables « soins intensifs » psychiques autour de 3 dimensions :

- travail individuel de l'adolescent qui amorce un travail d'élaboration psychique ;
- travail de groupe avec confrontation aux pairs hospitalisés ;
- travail avec la famille autour de la crise familiale qui accompagne cette crise suicidaire. L'hospitalisation permet de recueillir la souffrance familiale et parfois de réduire les clivages entre l'adolescent et sa famille.

Ce temps court est obligatoirement intensif. Il s'agit d'un moment de transition d'une grande intensité entre la crise et la prise en charge ultérieure. Chaque membre de l'équipe soignante a un rôle important ; des formations à l'accueil des adolescents suicidants existent et sont particulièrement recommandées.

4. Traitement médicamenteux

L'utilisation de chimiothérapie à visée psychiatrique est rarement utile. Aucun médicament n'a de spécificité sur le suicide ou le risque de récurrence suicidaire. Il n'y a pas d'indication à utiliser des antidépresseurs ou des sédatifs. L'instauration d'un traitement antidépresseur peut lever l'inhibition. Les médecins non formés au diagnostic psychiatrique ne doivent pas utiliser ces molécules chez l'adolescent. Le risque de récurrence de tentatives de suicide ou de suicide avec les médicaments prescrits est connu

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Autour de la tentative de suicide de l'adolescent, on retrouve des problématiques essentielles pour tout médecin qui s'occupe d'adolescents.

Le caractère transversal de ce sujet peut le rendre « attractif ».

À l'examen, plusieurs aspects peuvent faire l'objet d'une question.

Un cas clinique pourrait aborder la situation d'une adolescente amenée aux urgences avec des signes neurologiques

anormaux, somnolence et troubles de l'équilibre, et les questions concerneraient successivement le diagnostic de la tentative de suicide en éliminant les autres causes.

Puis on aborderait la prise en charge, la réponse reposant sur les cinq éléments de prise en charge cités dans le texte.

La troisième question pourrait porter sur la prévention. Il conviendrait alors d'aborder les trois axes de prévention primaire, secondaire et tertiaire avec au centre la prévention de la récurrence et donc la prévention de la mort par suicide. ●

Tableau 3 Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

CIRCONSTANCES OBJECTIVES DE LA TS	EXEMPLES
1 → Isolement	■ Une personne était-elle présente, ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?
2 → Gestion du temps	■ La TS a-t-elle été planifiée de manière que le patient ne puisse pas être découvert ?
3 → Précautions prises pour ne pas être découvert	■ Par exemple, TS dans une pièce fermée à clé
4 → Dissimulation de la TS aux personnes présentes	■ Le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu'il a été sollicité ?
5 → Actes réalisés en prévision de la mort	■ Par exemple, changements de projets, cadeaux inhabituels
6 → Préparation de la TS	■ Un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?
7 → Intention écrite de la TS	■ Le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable ?
8 → Communication verbale de l'intention suicidaire	■ Le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?
9 → But de la tentative	■ Y avait-il une intention de disparaître ?
PROPOS RAPPORTÉS PAR LE PATIENT	EXEMPLES
10 → attentes par rapport à la létalité du geste	■ Le patient pensait-il qu'il allait mourir ?
11 → appréciation de la létalité de la méthode employée	■ Le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que ce qu'il croyait être ?
12 → gravité perçue du geste suicidaire	■ Le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?
13 → attitude ambivalente par rapport à la vie	■ Le patient souhaitait-il réellement mourir ? ou seulement fuir, ne plus penser ?
14 → perception de l'irréversibilité de l'acte	■ Le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?
15 → degré de préméditation	■ Le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexion à son sujet ?
16 → réaction à l'issue de la prise en charge	■ Le patient regrette-t-il d'être en vie ?
17 → représentation de la mort	■ La mort est-elle représentée de façon positive ?
18 → nombre de TS antérieures	■ Y a-t-il eu dans le passé plusieurs TS ? ont-elles été rapprochées ?

des médecins d'adolescents. Récemment, l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) a mis en garde le corps médical contre le risque des médicaments antidépresseurs chez l'adolescent.

L'utilisation des antidépresseurs et médicaments psychotropes ne doit jamais être une prescription d'attente avant la consultation psychiatrique. Seul un état dépressif chronique sous-jacent avec diagnostic psychiatrique peut justifier l'utilisation d'antidépresseur avec prudence.

5. Suivi ultérieur

Le suivi ultérieur doit être organisé. L'hospitalisation initiale n'a de sens qu'articulée avec une prise en charge ultérieure. Cette articulation nécessitera un travail d'accompagnement et de liaison. Les liaisons médicales permettraient en théorie de référer l'adolescent après l'hospitalisation à une équipe de soins psychiatriques pour organiser un soutien et une prise en charge.

Cette orientation est souvent en échec. Dans 40 à 80 % des cas, l'adolescent ne respecte pas cette suite, en particulier lorsqu'il est dirigé vers des intervenants qu'il ne connaît pas. La plupart des équipes hospitalières proposent actuellement des consultations relais faites par l'équipe initiale et une transition « présentée et personnalisée » à l'équipe des soins ultérieurs. Il n'existe pas de consensus sur les modalités de suivi. Il est important que la première consultation de suite soit proche de la sortie : de 2 à 7 jours. Les modalités de soins psychothérapiques sont adaptées à l'adolescent. Plusieurs types de thérapies sont possibles : psychothérapies de soutien, psychothérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales brèves, etc. Toutes visent à la prévention de la récurrence.

Le médecin traitant est associé à la prise en charge de l'adolescent si celui-ci le souhaite. Il aide l'adolescent et sa famille dans cette période post-crise et favorise l'observance de l'adolescent à la prise en charge proposée.



La sortie est aussi la liaison avec la famille. Elle a été associée aux soins pendant la période d'hospitalisation en sachant qu'il faut respecter la nécessaire « indépendance » de l'adolescent. La famille participe aux orientations du projet de soins et parfois intégrée aux thérapies familiales. Leur adhésion au projet est un facteur important d'observance. Le soutien aux familles angoissées par le risque de récurrence est nécessaire.

L'hôpital est parfois, dans les crises graves familiales, une zone de refuge et, dans ces cas, la sortie peut être différée ou relayée par une prise en charge dans une autre structure. Le médecin traitant joue un rôle important dans le relais avec une famille qu'il connaît bien.

La liaison scolaire ne peut se faire que dans le respect d'une stricte confidentialité imposant de ne transmettre éventuellement des informations qu'au médecin scolaire lié par le secret médical. Cette liaison peut être nécessaire si des problèmes importants autour de la scolarité pendant l'hospitalisation ont été repérés. Le motif de ce lien est la rupture scolaire ou l'échec. Dans tous les cas, ce lien doit être discuté et accepté par l'adolescent et sa famille.

La liaison sociale permet d'organiser la sortie des adolescents en difficulté : liaison avec les éducateurs qui suivaient l'adolescent avant la crise, ou recherche d'une mesure d'aide éducative en cas de repérage d'une situation sociale difficile.

Tout ce travail d'organisation de la prise en charge post-hospitalière doit répondre aux règles fondamentales de stabilité des équipes et de disponibilité pour pouvoir rapidement répondre aux autres crises. La formation de tous les acteurs de santé à ce travail très particulier de dépistage et de relais autour des adolescents en difficultés est essentielle.

Prévention

Nous avons déjà affirmé sa très forte liaison avec la prise en charge. Trois types de prévention sont comme toujours individualisés.

✓ **La prévention primaire** concerne des adolescents sans risque suicidaire immédiat, mais avec facteur de risque. Dans cette prévention, on n'inclut pas l'information « sans limite » des populations d'enfants et d'adolescents sur le suicide qui n'a pas démontré son efficacité. On parle surtout du repérage des facteurs de risque de souffrance psychique des adolescents, la période de l'adolescence étant en elle-même un facteur de risque. Cela implique

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les suicides sont la première cause de mortalité des adolescents en France.
- 2 Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les garçons.
- 3 La maltraitance subie antérieurement, en particulier les agressions sexuelles, augmente le risque de suicide des adolescents.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le risque suicidaire doit être évalué à toute consultation d'adolescent.
- 2 L'hospitalisation est systématiquement proposée.
- 3 La prise en charge au cours de l'hospitalisation doit comporter une évaluation psychologique.

Réponses : A : F, F, V / B : V, V, V

À PARAÎTRE : • 2^e partie : « Risque suicidaire de l'adulte : Identification et prise en charge »

pour tout professionnel de santé, en particulier le médecin, d'avoir un programme particulier et adapté à l'adolescent. L'adolescent consulte peu et toute consultation doit être globale. Les motifs flous de consultation ne doivent pas être négligés, car ils sont autant de portes d'entrée à ouvrir sur la souffrance psychique. Pour aborder l'adolescent, il est presque toujours nécessaire de prendre du temps et de proposer un temps d'entretien seul hors présence de la famille. Les conduites à risques autres que directement suicidaires doivent être repérées : accidents répétés, alcoolisation, etc.

✓ **La prévention secondaire** concerne la prise en charge du processus suicidaire avant sa concrétisation en acte. À partir de l'idéation suicidaire, la mise en place d'un réseau de soins part du premier médecin ou professionnel de santé qui a recueilli la plainte de l'adolescent.

Cette prévention est proche de la prise en charge des TS, avec parfois nécessité d'hospitaliser et d'organiser un accompagnement pour une prise en charge psychiatrique.

✓ **La prévention tertiaire** doit éviter le risque de récurrence suicidaire et donc le risque de mortalité par suicide à court ou moyen terme.

Pour cela, il est nécessaire de prendre en charge le risque vital initial, de savoir reconnaître le geste suicidaire, et d'organiser la prise en charge avec hospitalisation initiale et le suivi ultérieur.

CONCLUSION

L'adolescence est une période à risque suicidaire important et inacceptable. Les interventions médicales pour le dépistage des situations à risque et pour la prise en charge de TS ont montré leur efficacité.

La continuité des soins entre les différents intervenants et un programme organisé de prise en charge des adolescents en difficulté doivent être 2 objectifs des programmes nationaux de santé. ■

Pour en savoir plus

► L'adolescent suicidaire

Pommereau X
Paris : Dunod, 2005

► Le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique

Bulletin de l'Ordre
des médecins 2005;2:8-12

► La médecine de l'adolescent

Marcelli D, Alvin P
Paris : Masson, 2005

► Recommandations professionnelles, prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide

ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)
Paris : 1998

www.anaes.fr